

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI CROTONE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

L SOTTOSCRITT_ DOTT. _____

NAT_ A _____ (PROV _____) IL _____

CITTADIN_ _____ RESIDENTE IN _____ (PROV _____)

C.A.P. _____ VIA _____ N. _____

TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PEC _____ CODICE FISCALE _____

CHIEDE AI SENSI DELL' ART. 9, LETTERA e) D.L.C.P.S. n. 233/46 COSÌ COME MODIFICATO DALLA
LEGGE n. 362/91, DI OTTENERE **L'ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO** ALL'ORDINE
DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CROTONE

all'ALBO dei **MEDICI-CHIRURGHI** ☐

all'ALBO degli **ODONTOIATRI** ☐

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ARTICOLO 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI
MENDACI E CONSAPEVOLE DI INCORRERE NELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO
EMANATO, SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI CHE NON RISULTASSERO VERITIERE (ART. 75 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA
PROPRIA RESPONSABILITÀ,

DICHIARA

DI AVER CONSEGUITO LA LAUREA IN



☐ **MEDICINA E CHIRURGIA**

☐ **ODONTOIATRIA**

IN DATA _____ PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI _____

CON VOTO _____/110 _____ DI AVER CONSEGUITO L'**ABILITAZIONE** ALL'ESERCIZIO DELLA
PROFESSIONE NELLA SESSIONE DI _____ PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI
STUDI DI _____ CON VOTO _____

A TAL FINE DICHIARA:

ESSERE TUTT'ORA ISCRITTO ALL'ORDINE PROVINCIALE DI _____

NELL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DAL _____ CON NUM. DI POSIZIONE _____

NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DAL _____ CON NUM. DI POSIZIONE _____

DICHIARA INOLTRE DI:

- ☐ DI **NON** AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI E DI **NON** ESSERE DESTINATARIO DI PROVVEDIMENTI CHE RIGUARDANO L'APPLICAZIONE DI MISURE DI SICUREZZA E DI MISURE DI PREVENZIONE, DI DECISIONI CIVILI E DI PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI ISCRITTI NEL CASELLARIO GIUDIZIALE AI SENSI DELLA VIGENTE NORMATIVA;
- ☐ DI **NON** ESSERE A CONOSCENZA DI ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI PENALI;
- ☐ DI **NON** AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI CHE NON SONO SOGGETTE A ISCRIZIONE NEL CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIALE;
- ☐ DI **AVERE** RIPORTATO CONDANNE PENALI;

(NEL CASO DI CONDANNE PENALI INDICARE LE STESSE E PRODURRE LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE IN COPIA CONFORME ANCHE QUALORA SIANO STATI CONCESSI I BENEFICI DELLA SOSPENSIONE CONDIZIONALE DELLA PENA E DELLA NON MENZIONE DELLA CONDANNA NEL CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIALE. LA DICHIARAZIONE DEVE INERIRE ANCHE LE SENTENZE DI PATTEGGIAMENTO):

- ☐ DI **GODERE** DEI DIRITTI CIVILI;
- ☐ DI **NON** ESSERE INTERDETTO, INABILITATO NÉ SOTTOPOSTO A PROCEDURA FALLIMENTARE;
- ☐ DI **NON** ESSERE STATO CANCELLATO DA ALTRO ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI PER MOROSITÀ E IRREPERIBILITÀ NÉ DI ESSERE STATO RADIATO O SOSPESO PER MOTIVI DISCIPLINARI O PENALI DA ALCUN ALBO PROVINCIALE;
- ☐ DI **IMPEGNARSI** A SEGNALARE TEMPESTIVAMENTE, NEI MODI DOVUTI, QUALSIASI VARIAZIONE, MODIFICA O PERDITA DI DIRITTI.
- ☐ DI **NON** ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI DISCIPLINARI PENDENTI;
- ☐ DI **ESSERE** SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI DISCIPLINARI PENDENTI PRESSO L'ORDINE DI _____
- ☐ DI **ESSERE** oppure ☐ DI **NON ESSERE** in regola con il pagamento delle tasse annuali di iscrizione dovute all'Ordine di provenienza;
- ☐ DI **ESSERE** oppure ☐ DI **NON ESSERE** in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAM (nel caso in cui il sanitario sia pensionato ENPAM non dovrà dichiarare di essere in regola con il pagamento del relativo tributo);
- ☐ DI **NON** ESSERE IMPIEGATO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE IL CUI ORDINAMENTO VIETI L'ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE.

Data _____

Firma _____

[] PRESENTAZIONE DIRETTA AL FUNZIONARIO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del / della

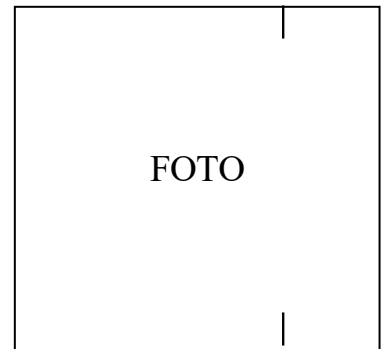
Sig./Sig.^{ra} _____

.....
(Timbro e firma del funzionario)

ALLA DOMANDA DOVRA' ALLEGARE:

1. N° 2 FOTOGRAFIE (UGUALI TRA LORO) A COLORI, FORMATO TESSERA: PER IDENTIFICAZIONE PERSONALE E PER IL RILASCIO DEL TESSERINO DI IDENTIFICAZIONE MAGNETICO (BADGE).
2. COPIA DELLA CARTA D'IDENTITA' E DELLA TESSERA SANITARIA IN CORSO DI VALIDITA'
3. MARCA da BOLLO del VALORE INDICATO sulla prima pagina del MODULO
4. PERMESSO DI SOGGIORNO IN ORIGINALE (qualora il sanitario non sia cittadino di un paese dell'U.E.)

IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO



[Timbro Ordine]

SI ATTESTA LA CORRISPONDENZA DELLA FOTOGRAFIA SOPRA APPOSTA CON LE SEMBIANZE DEL/DELLA

Dott./Dott.^{ssa} _____

nato/a a _____ il _____

identificato/a con documento _____

N. _____ rilasciato il _____

dal _____

Timbro e Firma del Funzionario _____

ORDINE DEI MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CROTONE

INFORMATIVA RESA AI SENSI DEGLI ART. 13-14 DEL GDPR
(GENERAL DATA PROTECTION REGULATION) 2016/679
"Codice in materia di protezione dei dati personali"

Egr. Dottore / Gent.ma Dottoressa

La informiamo che il **GPDR 2016/679** prevede il diritto alla protezione dei dati personali.

L'Ordine, per espletare al meglio i suoi compiti istituzionali, ha evidentemente necessità di raccogliere, conservare e trattare, oltre ai *dati normativamente previsti (cognome, nome, luogo e data di nascita, cittadinanza, residenza, data di iscrizione all'albo, titolo di laurea e di abilitazione con indicazione dell'autorità, del luogo e della data di rilascio, titoli di docenza, titoli di specializzazione con indicazione dell'autorità, del luogo e della data di rilascio)* che, in quanto pubblici, non necessitano di preventivo consenso, anche *ulteriori dati, personali* (compresi dati "sensibili e giudiziari") inerenti l'attività professionale espletata (*codice fiscale, domicilio, telefono, fax, email, codice ENPAM, attività professionale, anno, sessione e voto di laurea e di abilitazione, condanne penali riportate, procedimenti e sanzioni disciplinari, iscrizione ad elenchi speciali, numero e data rilascio tessere di riconoscimento ed iscrizione, crediti formativi ECM, partecipazione ad associazioni professionali, etc.*) in relazione ai quali tale consenso è, invece, necessario.

In ossequio alla legge sopra richiamata, anche il trattamento di tali dati - al pari di quelli raccolti, conservati e trattati per legge e, come tali, da considerarsi, ad ogni effetto, pubblici - si svolgerà nel rispetto dei Suoi diritti e delle libertà fondamentali, nonché della Sua dignità, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

La informiamo che:

- a) I dati da Lei forniti o raccolti presso terzi, sono trattati nel Suo interesse per perseguire i compiti e le funzioni istituzionalmente affidate all'Ordine. In conformità ai requisiti di sicurezza richiesti dalla legge, il trattamento sarà effettuato, oltre che con l'utilizzo di materiale cartaceo, anche tramite sistemi informati ai che potrebbero richiedere l'utilizzo di sistemi di trasmissione dati e reti di comunicazione elettronica, la cui sicurezza non è gestita dal titolare del trattamento;
 - b) Il conferimento dei dati è facoltativo. Un eventuale rifiuto di consentire il trattamento di tali dati potrebbe però comportare l'impossibilità a perseguire le attività di cui al comma a);
 - c) Il trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte dell'Ordine sarà effettuato solo ove necessario e strettamente indispensabile per svolgere l'attività istituzionale così come disciplinato nel Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari dell'Ordine
 - d) La comunicazione dei dati diversi da quelli sensibili e giudiziari sarà effettuata dall'Ordine nei limiti delle disposizioni di legge o di regolamento o quando risulterà comunque necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali
- In tal senso tali dati potranno essere comunicati a:

- Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi ed odontoiatri;
- Altri ordini Provinciali;
- Enti di assistenza e previdenza (Enpam, Inps, Inail, etc);
- Organismi di controllo, giustizia e pubblica sicurezza (Ministeri, Tribunali, Procure, forze di polizia e pubblica sicurezza etc.);
- Organismi sanitari pubblici (asl, ospedali, etc);
- Organismi sanitari privati (cliniche, laboratori di analisi, etc.) ed esercenti le professioni sanitarie (medici specialisti, farmacisti, etc);

limitatamente a quei dati ed operazioni indispensabili per perseguire le finalità di cui al comma a) e per il corretto e pieno esercizio del potere disciplinare e l'applicazione delle relative eventuali sanzioni, per come normativamente previsto.

Oppure, per le finalità che rientrano nei compiti del Servizio Sanitario Nazionale e organismi sanitari pubblici, potranno essere comunicati nell'ambito di attività di rilevante interesse pubblico, quali:

- attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal Servizio sanitario nazionale;
- attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
- vigilanza sulle sperimentazioni, farmacovigilanza, attività certificatorie;
- applicazione della normativa in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e di sicurezza e salute della popolazione;
- instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti accreditati o convenzionati del Servizio sanitario nazionale.

Al solo fine di procedere alla riscossione del contributivo annuale d'iscrizione e per far fronte ad eventuali adempimenti fiscali, i dati personali saranno, inoltre, comunicati ai soggetti cui di volta in volta viene affidata la procedura di riscossione e allo studio di Commercialisti al quale è affidata la gestione degli adempimenti.

Infine, per l'eventuale comunicazione di tali dati a Suoi familiari, è necessario che, preventivamente ed ogni qualvolta ciò sia necessario, Ella proceda ad autorizzare per atto scritto il/i familiare/i designato/i alla ricezione di tale comunicazione;

- e) In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, in particolare:
1. è Suo diritto ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile;
 2. Ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificati vi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati;
 3. Ha inoltre diritto ad ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione, dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge;
 4. Ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

Il **Titolare del trattamento** è l'ORDINE dei MEDICI CHIRURGHI e degli ODONTOIATRI della PROVINCIA di CROTONE Ente pubblico non economico.

Il **Responsabile trattamento Dati** è l'ORDINE dei MEDICI CHIRURGHI e degli ODONTOIATRI della PROVINCIA di CROTONE Ente pubblico non economico.

Il **Responsabile Protezione Dati** (RPD), (Data Protection Officer - DPO) è l'Ing. **Emilio Malizia**, Cel.: 347.5017590 – email: info@studiomalizia.it – PEC: studiomalizia@pec.it.

Possibilità di segnalazione e/o reclamo presso il Garante per la protezione dei dati personali

Qualora ritenga che vi sia stata una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali l'interessato ha in qualsiasi momento la possibilità di proporre segnalazione e/o reclamo al Garante per la protezione dei dati personali utilizzando tra le seguenti modalità quella che ritenga più opportuna:

- a) raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza di Monte Citorio, 121 00186 Roma;
- b) e-mail all'indirizzo: urp@gpdp.it, oppure urp@pec.gpdp.it;
- c) fax al numero: 06/69677.3785.

Per i dettagli delle modalità di inoltro della segnalazione e/o reclamo e del pagamento dei relativi diritti di segreteria l'interessato deve consultare il sito www.garanteprivacy.it

Presso la sede dell'Ente è a Sua disposizione l'informativa, nonché l'elenco degli incaricati al trattamento dei dati, costantemente aggiornati;

Prestazione del consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili e giudiziari

Il/La sottoscritto/a, Dr./Dr.ssa

Cognome e nome

Data e luogo di nascita

Indirizzo di residenza e CAP

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, per come sopra riportate e delle quali ricevo copia, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà anche dati "sensibili" e "giudiziari" di cui ho appreso il significato.

☐ **presta** | ☐ **non presta** il consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento di quanto appreso dall'informativa.

Crotone, li _____

Firma leggibile _____

☐ **presta** | ☐ **non presta** il consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti e nelle modalità apprese dall'informativa.

Crotone, li _____

Firma leggibile _____

Ultimo aggiornamento 12/04/2023.